UNIVERSITE DE PARIS VI
FACULTE DE MEDECINE PITIE-SALPETRIERE

•

Année 1975

N° No 29

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR PHILIPPE VAN ES

Né le 2 juillet 1942 à Maubeuge (Nord)

•

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

MEDECINE DE GROUPE ET MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES

PRESIDENT : PROFESSEUR BERTHAUX

UNIVERSITE DE PARIS VI
FACULTE DE MEDECINE PITIE-SALPETRIERE

•

Année 1975 N°

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR PHILIPPE VAN ES

Né le 2 juillet 1942 à Maubeuge (Nord)

•

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

MEDECINE DE GROUPE ET MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES

PRESIDENT : PROFESSEUR BERTHAUX

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mes parents, à mon frère.

A Armelle

A Julie

A Sylvie

A Monsieur le Professeur BERTHAUX
qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.
En témoignage de notre reconnaissance
respectueuse, en souvenir de notre
séjour dans son service au cours
de l'année 1968.

A Pierre GUILLET.

A Michèle PIERMÉ

La médecine de groupe, de par son insertion dans un secteur de vie, apparaît comme une des structures pouvant contribuer au mieux au maintien à domicile des personnes âgées.

"La France compte environ six millions et demi de personnes âgées de plus de soixante cinq ans.

Dans dix ans, elles seront huit millions. Les efforts entrepris ces dernières années (...) en vue d'améliorer les aides financières aux personnes âgées les plus défavorisées ne suffiront pas à résoudre les nombreux problèmes que pose l'irruption du 3ème âge et surtout du 4ème dans notre vie sociale.

La démographie des nations européennes, s'engage en effet dans un double processus de vieillissement. D'une part, tous les pays développés enregistrent une baisse accélérée de la fécondité qui se traduit par une diminution très sensible de la natalité. D'autre part, soumis aux stress de la vie moderne, aux syndrômes d'adaptation qui fatiguent l'organisme, l'homme d'aujourd'hui vieillit plus rapidement que les deux générations précédentes même s'il peut souvent vivre plus longtemps".

"Le Monde - I5 octobre I974 -"

DEFINITIONS

-:-:-:-:-:-:-

Vie : Espace de temps compris entre la naissance et la mort d'un individu.
Ensemble des activités et des évènements qui remplissent pour chaque être cet espace de temps.
(ROBERT)

Vieillesse : Dernière période de la vie humaine, temps de la vie qui succède à la maturité et qui est généralement caractérisée par les phénomènes de sénescence.
(ROBERT)

La santé est un état de complet bien être, physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.
La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain.
(Constitution de l'organisation mondiale de la santé - Préambule).

PLAN

-:-:-:-

INTRODUCTION.

SANTE DE LA PERSONNE AGEE : DEFINITIONS.

- théories du vieillissement
- santé physique
- santé mentale
- santé sociale

OBSERVATIONS.

- les différentes observations
- conclusions : nécessité du maintien à domicile des personnes âgées.
- en cas d'impossibilité : nécessité de structures permettant un retour rapide au domicile
  - unité gériatrique aigüe (U. G. A.)
  - hôpital de JOUR
  - CENTRE de JOUR.

DIFFERENTS MOYENS PERMETTANT DE MAINTENIR LA PERSONNE AGEE A DOMICILE (CURATIFS ET PREVENTIFS)

- Les "CERCLES"
- adaptation des conditions de vie

INTERET DE LA MEDECINE DE GROUPE POUR LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES.

CONCLUSIONS.

INTRODUCTION

-:-:-:-:-:-:-

Les personnes âgées, plus que les autres, sont exposées du fait de leurs problèmes spécifiques, à voir remise en question leur "SANTE". Il est donc indispensable, dans un premier temps, d'essayer de cerner, de définir les différents facteurs physiques, mentaux et sociaux, propres à cet âge, pouvant perturber l'équilibre précaire qui caractérise cette période de la vie.

Dans certains cas, ce "statu quo" peut être modifié de façon brutale, par un événement physique, mental ou social imprévisible.

Il importe alors de tout mettre en oeuvre, avec une extrême diligence pour rétablir au plus tôt l'état antérieur à l'accident, sous peine de voir s'installer très rapidement, chez cette personne fragile, une situation catastrophique, le plus souvent irréversible.

Il faut surtout, dans la mesure du possible, essayer de prévenir l'apparition de ces modifications aigües. On ne peut, malheureusement pas toujours le faire, aussi est-il important que la personne âgée soit au mieux préparée à subir ce bouleversement.

Dans ce sens, il est indispensable d'adapter le "milieu ambiant" (défini d'une façon très globale) aux possibilités progressivement restreintes de la personne âgée. Il faut constamment remodeler, recréer un "climat" permettant de sauvegarder l'autonomie des personnes âgées. Un grand nombre de moyens peuvent et doivent être utilisés pour y parvenir.

Pour coordonner ces différentes actions, le médecin généraliste, placé en "première ligne" a à jouer un rôle de chef d'orchestre, tant en période de crise, que pour l'organisation de la vie de tous les jours, faisant intervenir suivant les circonstances, les différents protagonistes, afin de réaliser un ensemble efficace et harmonieux.

Il apparaît alors nécessaire d'élargir la "fonction" médicale. Là, comme partout ailleurs, il semble souhaitable de supprimer l'isolement ancestral du médecin, non seulement au sein de la profession, mais encore au sein du "secteur de vie" où il a un rôle à remplir.

La médecine de groupe est une des formules qui permet d'atteindre ce but.

SANTE DE LA PERSONNE AGEE : DEFINITIONS

-:-:-:

- il est à peine besoin de dire que nous avons tous l'intuition qu'il y a bien un phénomène de vieillissement qui touche tous les êtres animés, mais qu'il est bien difficile de l'isoler des réactions de l'organisme au milieu dans lequel il vit". Dans ces réactions, on ne peut préciser toujours quelles influences exactement sont nocives.

Les constatations que l'on peut faire à cet âge sont :

a)- des modifications morphologiques :
- une diminution du poids des organes
- des modifications histologiques :

  - une prolifération conjonctive et en particulier des fibrilles collagènes
  - une réduction du nombre des cellules dans les populations cellulaires qui n'ont pas de pouvoir de régénération
  - la présence et l'abondance croissante avec l'âge des grains pigmentaires juxta-nucléaires de nature lipidique.

A ces données générales, s'ajoutent, selon les tissus, des altérations habituelles dont le caractère est plus ou moins discutable ;

- on observe par exemple, l'oblitération d'un nombre croissant avec l'âge des glomérules rénaux, les aspects anatomiques ne diffèrent en rien de ceux qui sont la conséquence des lésions ischémiques ou inflammatoires du sujet jeune ;

- des foyers inflammatoires, des aspects de réactions hyperplasiques sont souvent observés dans des glandes exocrines et endocrines ;

- certains voient dans les premiers, une trace des phénomènes immunitaires dont l'importance a été récemment soulignée. Les seconds sont vraisemblablement une réaction compensatrice à des destfuctions cellulaires dont l'origine physiologique ou pathologique ne peut-être élucidée.

b)- des modifications fonctionnelles :

- pour la plupart des paramètres physiologiques étudiés, on observe une décroissance régulière des performances, les valeurs moyennes pour chaque classe d'âge successive se plaçant plus ou moins exactement sur une droite.

c)- la réduction de la masse protoplasmique active :

- un certain nombre d'études ont montré après 25 ans, une réduction de l'eau intracellulaire et d'autres mesures qui peuvent être un index de la masse des cellules métaboliques actives de l'organisme. Cette décroissance de la masse protoplasmique active est régulière et apparemment linéaire à partir de 25 ans environ.
- elle confirme la réduction du nombre des cellules qui suggère l'involution du poids des organes et la part croissante qu'à dans ceux-ci le tissu conjonctif ;
- elle diminue parallélement à la réduction de la consommation d'oxygène par l'organisme. Ainsi, on aboutit à la notion probablement fondamentale de l'importance du vieillissement quantitatif, c'est-à-dire d'une réduction du nombre des cellules alors que chacune conserve une activité métabolique identique à celle des tissus jeunes.

d)- relations entre sénescence et pathologie :

- on peut dire que l'âge, à ce terme de la vie, favorise l'évolution des lésions fatales, que la sénilité diminue la résistance de l'organisme aux agents infectieux ou aux conséquences de l'immobilisation ;
- on ne veut pas à proprement parler de vieillesse mais des conséquences de celle-ci sur l'évolution d'affections banales.

Les principales théories du vieillissement sont :

a)- la théorie de l'encombrement cellulaire :

- elle fait jouer un rôle majeur aux déchets métaboliques suggérés par certains faits expérimentaux, appuyée par les dépôts pigmentaires qui sont constatés dans les cellules du système nerveux et du myocarde humain. Ces dépôts peuvent occuper jusqu'à IO% et plus du volume total de la cellule : appelés lipofuschines, ils sont constitués de lipides non saturés et oxydés.

b)- l'altération génétique :

- la mort de la cellule ou la réduction de sa fonction pourrait être la conséquence d'altérations du matériel génétique.

c)- les théories immunologiques :

- Certaines anomalies cellulaires minimes, non nocives fonctionnellement peuvent rendre la cellule qui les porte étrangère à l'organisme, et être le point de départ de la même réaction immunitaire que celle qui peut entrainer le rejet des greffes artificielles.

(ces théories immunitaires ne prétendent pas expliquer l'anomalie initiale qui rend la cellule étrangère à l'organisme, elle montrent seulement un mécanisme parmi d'autres qui aboutissent à la détérioration de l'organisme. L'existence d'auto-anticorps).

L'ensemble de cette partie de notre travail est tirée d'un article de P. BERTHAUX (I)

(I) - BERTHAUX P.

Le vieillissement normal et pathologique
REV. PRAT - II janvier 1972 - 22 - n° 2 p. 151

Pour le médecin généraliste, cliniquement et concrétement, ces différentes modifications aboutissent à un certain nombre de perturbations que nous allons maintenant passer en revue et qui caractérisent la santé de la personne âgée.

- Santé physique :

Au niveau cérébral, la fréquence des ramolissements par thrombose vasculaire, ou des hémorragies est responsable de déficits neurologiques. Ceux-ci sont parfois mineurs, apparemment peu importants mais sont en fait responsables d'une diminution de la vie "relationnelle" de la personne âgée. Lorsqu'ils sont plus graves, ils peuvent laisser derrière eux, suivant la qualité de la récupération post-critique des séquelles plus ou moins invalidantes (que l'on peut bien souvent minimiser en apportant une attention toute particulière aux soins de "nursing".)

L'organe de la vue, instrument d'optique perfectionné qui permet à l'homme de discerner ce qui l'entoure, de se mouvoir, de s'instruire par la lecture,, de se distraire, de se nourrir du spectacle de la vie, tend à perdre de sa précision, soit par suite de modifications de l'appareil purement "optique" (cataracte en particulier) ou du fait de perturbations circulatoires au niveau sensoriel (rétine, nerf optique).

Les sons, qu'ils soient simples ou élaborés, ont de plus en plus de mal à mettre en branle le tympan scléreux, les osselets soudés, et la transmission nécessaire, vers l'encéphale se fait avec parfois bien des "coupures".

L'équilibre, peut-être plus ou moins précaire par suite de modifications circulatoires (hypotension orthostatique fréquente) ou d'atteinte directe de l'appareil labyrinthique.

Au niveau de l'appareil digestif, le broyage mécanique est assez mal assuré par les quelques dents restantes (s'il en reste ...) ou un dentier mal ajusté, la digestion se fait lentement du fait de la diminution des secrétions enzymatiques. Par suite d'une mauvaise absorption, certaines carences vont apparaître (responsables d'anémies par exemple).

Par ailleurs l'évacuation se produit mal (colites, diverticuloses fréquentes). Ces troubles sont à l'origine de douleurs, parfois très importantes, et surtout peuvent s'accompagner de constipati symptôme apparamment bénin mais qui suffit parfois à "empoisonner" l'existence de tous les jours d'une personne âgée. Il faut de plus toujours suspecter, devant un tel tableau, l'existence d'une néo-formation sous-jacente, du fait de sa fréquence à cet âge.

Au point de vue respiratoire, la diminution des possibilités inspiratoires et expiratoires non seulement dûes à des modifications purement pulmonaires mais aussi à la diminution de l'élasticité du gril costal favorise le développement des germes pathogènes dans des conditions optimales (mauvaise évacuation des secrétions, diminution de la vascularisation et de l'oxygénation) faisant toute la gravité des surinfections bronchiques.

Le "moteur" lui-même, aspire à un repos bien mérité, faisant de courtes poses, lassé parfois de ce rythme régulier et de sa monotonie. Il se permet certaines fantaisies nuisant à sa fonction première (fréquence des arythmies avec leurs éventuelles conséquences thrombo-emboliques.)

L'appareil d'épuration, devient lui aussi beaucoup moins efficace : l'insuffisance rénale chronique latente, va en augmentant progressivement, toujours à la merci d'une décompensation brutale. Chez l'homme, la fréquence des obstacles prostatiques explique les surinfections et le retentissement sur le haut appareil urinaire.

L'appareil loco-moteur, lui aussi, ne fonctionne plus avec toute la souplesse nécessaire. Les douleurs, les raideurs articulaires et ankyloses ne favorisent pas les déplacements, l'ostéoporoses, l'ostéomalacies, la maladie de Paget sont responsables de syndromes algiques importants, de fractures spontanées, ou provoquées par des traumatismes mineurs.

La consolidation se fait lentement, imposant une immobilisation prolongée. Les déficits moteurs d'origine neurologique sont un élément supplémentaire intervenant pour limiter la motilité de la personne âgée.

Du point de vue endocrinien, même disfonctionnement, le déficit thyroïdien est responsable de la fréquence des myxoedèmes frustes et de leurs conséquences (frilosité, obésité, lenteur d'idéation, asthénie).

Toutes ces perturbations, aboutissent à une modification de la santé sur le plan physique de la personne âgée.

Il s'agit de sujets :

- fragiles : dont la fragilité est en rapport avec un mauvais fonctionnement organique, lié à "l'usure" physiologique. Mais aussi ce qui est intéressant du point de vue préventif, dûe à la malnutrition, soit du fait de possibilités masticatoires réduites, soit par suite de la diminution des secrétions enzymatiques (éléments que l'on peut corriger, de même que l'on peut essayer de prévoir les accidents respiratoires infectieux ou les accidents vasculaires).

- ces sujets sont dépendants par rapport au milieu extérieur : du fait essentiellement d'une diminution de la motricité qui entraîne une réduction des possibilités physiques (déplacements, travaux manuels par exemple).

- à cette fragilité et à cette dépendance vient s'ajouter un troisième élément fondamental, à savoir le ralentissement de la vie relationnelle. La vue basse, limite encore le périmètre de déplacement, supprime progressivement toutes possibilités de lecture ou d'écriture (accroissant la sensation d'isolement qui est le propre du vieillard). Bien souvent on peut agir bénéfiquement en tentant de corriger ce trouble. L'hypoacousie, la surdité presque totale, enferment la personne âgée dans un "monde du silence".

L'impossibilité du dialogue, impose la solitude. Là encore, on peut être amener à intervenir d'une façon spontanée, "autoritaire" pourrait-on dire pour améliorer les perceptions auditives.

- Toutes ces restrictions ont une résultante commune pour la personne âgée : la diminution des contacts humains, or nous allons le voir maintenant, l'équilibre psychologique à cet âge est lui aussi très fragile. Cette vie en retrait, en marge, favorise l'apparition de troubles psycho-pathologiques.

- Santé mentale :

Un certain nombre de perturbations dites "fonctionnelles" sont particulièrement fréquentes chez les personnes âgées. Symptômes divers, dits "mineurs" tels que constipation, insomnie, asthénie, céphalées, algies etc... Ces petits ennuis prennent une très grande importance du fait de la spécificité du climat psychologique. La personne âgée a par rapport aux adultes en activité beaucoup moins de défenses, beaucoup moins de dérivatifs extérieurs, par suite de sa fragilité physique et de son isolement. Ces problèmes banaux ont tendance à devenir des entraves insupportables, perturbant d'une façon considérable, le déroulement de la vie quotidienne. Ces obsessions, le vieillard isolé, ne peut les tourner que contre lui-même, car c'est la seule "cible" vers laquelle il peut viser. Il est primordial de ne pas méconnaître cette psycho-pathologie. Le motif organique est souvent celui qui provoque l'intervention du médecin, soit du fait d'une demande de la personne âgée elle-même, soit à la suite d'un appel provenant d'une tierce personne.

On peut se contenter de trouver une origine purement somatique, de proposer une thérapeutique médicamenteuse, c'est généralement insuffisant. Il faut approfondir l'étude, ne pas se contenter du visible, rechercher la partie immergée de cet "iceberg". Il suffit parfois de quelques instants de disponibilité, permettant une écoute attentive, pour saisir l'anxiété, l'état dépressif sous-jacent. A partir de cette compréhension, il est alors possible de proposer certains dérivatifs à cette conduite obsessionnelle permettant de faire disparaître, bien plus surement que des médicaments isolés, toute cette pathologie psycho-somatique. Nous verrons par la suite le rôle important du médecin appelé à aiguiller les personnes âgées vers des structures officielles parfois, mais pouvant aussi susciter, provoquer des interventions individuelles, au niveau de l'entourage en particulier.

Au lieu de ces modifications psychologiques peu importantes, on peut parfois observer des tableaux correspondants à une dégradation psychique beaucoup plus avancée.

Nous nous servirons dans cette partie de notre exposé d'un article dû au Docteur BALVET et concernant la démence sénile.

"Pour la famille qui voit apparaître chez un de ses vieillards une démence sénile et qui la voit évoluer, c'est un ensemble de comportements bien caractéristiques. Il est constitué essentiellement par des troubles de la mémoire (oubli des faits récents alors que les faits anciens sont conservés), par une désorientation dans le temps et dans l'espace (où êtes-vous ? à quelle date sommes-nous, quel est votre âge ? sont des questions qui ne recoivent plus de réponses ou des réponses vagues et fantaisistes), par une régression affective qui fait parfois du vieillard un véritable bébé (avide d'affection et de protection et, lorsqu'il en manque, capricieux et boudeur comme il l'était avec sa mère ... d'où l'expression populaire si parlante de "retour à l'enfance".) "

Cet état clinique, correspond à une lésion anatomique catastrophique, c'est-à-dire une atrophie cérébrale massive et pratiquement irréversible. La situation est donc apparemment désespérée et le médecin semble n'avoir rien d'autre à faire, que de soigner les complications de cet état.

"Ce serait vrai, si, comme l'affirmait la psychiatrie classique, la lésion seule intervenait dans l'apparition de la maladie et dans son évolution. Or la lésion (une lésion dont les causes organiques ne sont pas connues) est-elle tout ? N'y a-t-il aussi des facteurs d'environnement, des facteurs psychologiques ? c'est précisément la question que nous voulons envisager."

A l'aide d'un exemple, BALVET démontre l'influence importante de l'environnement, le fait qu'il soit modifié brutalement (avis d'expulsion) suffit à précipiter une personne âgée autonome, dans le triste état de la démence sénile. Et BALVET s'interroge alors :

"Un événement traumatisant a donc ici joué un rôle de premier plan dans la constitution de la maladie (y compris dira-t-on son anatomo-pathologie ?) ou alors faut-il admettre que cette vieille dame était déjà très diminuée, mais que cela ne paraissait pas ? Comme si une façade était tombée, découvrant la ruine qu'elle cachait, comme si se manifestait une démence sénile déjà toute constituée, mais latente. Vue sous ce jour, la démence sénile n'est plus tout-à-fait sans cause sur laquelle nous pouvons avoir prise. Et du même coup c'est pour nous un nouvel espoir qui renaît.

Il est très important pour la famille et le médecin d'avoir espoir. Sans espoir (c'est à ce niveau que nous maintenai la conception classique de la démence sénile) le malade est abandonné, ce qui ne va pas pour répondre à son avidité affective Cet abandon devient un nouveau traumatisme permanent, qui peut éventuellement devenir à son tour facteur d'aggravation, facteur d'accélération de l'évolution démentielle."

Cet état démentiel, dit ensuite BALVET peut encore résulter de la décompensation d'un délire, délire de persécution sous une forme particulière : le délire de préjudice. Le vieillar dont les facultés baissent, à tendance à reporter sur son entourage, les erreurs ou omissions qu'il peut commettre. Peu à peu il rentre en conflit avec ce dernier, qui réagit et lui donne des raisons de se sentir vraiment persécuté. "Le vieillard, dans cette situation lutte, mais il lutte avec ses dernières forces, il épuise ses dernières forces. Il tient désespérement. Et brusquement il lâche. Le délire s'effondre, il est remplacé par la démence. "

Enfin parfois, la survenue brutale de cet état démentiel peut résulter d'une tension permanente, le vieillard n'acceptant pas son vieillissement, continue à assumer des tâches au-dessus de ses forces et brutalement un jour s'effondre (sans passer ici par le stade du délire).

Dans ces deux cas, il y a une décompensation que BALVET définit ainsi :

"Qu'est-ce que la décompensation ? Je crois bien que l'origine de la notion vient des cardiologues. Une lésion cardiaque peut n'être pas curable, mais celui qui en est porteur, avec ou sans traitement, garde une vie sensiblement normal. Toutefois à l'occasion d'un effort supplémentaire, demandé au coeur, apparaissent des accidents aigus : on dira que le coeur s'est décompensé. Cela veut dire qu'un certain équilibre a été brusquement rompu. On peut aussi constater des décompensations dans le domaine psychologique ".

On peut longuement discuter l'une ou l'autre hypothèse. Car chacune fait problème. D'une part, la notion de"maladie latente" ne va pas de soi. Mais d'un autre côté, que penser d'un traumatisme psychologique qui créerait de toute pièce (sur un terrain préparé et sur un cerveau sénescent il est vrai) la lésion massive de la démence sénile ? C'est possible, les mécanismes psycho-somatiques cela existe, mais encore ne faut-il pas les inventer à plaisir, encore faut-il les prouver ! Quoiqu'il en soit, dans l'exemple donné, une cause déclenchante a incontestablement joué, sans laquelle, cahin-caha, la vie aurait continué. Mais alors, si la maladie une fois constituée il n'est pas actuellement possible d'agir efficacement au niveau du cerveau, par contre, la mise en évidence dans de pareils cas d'un événement traumatique comme cause (au minimum comme cause déclenchante) n'ouvre-t-elle pas, au moins sur le plan théorique, des possibilités d'action et à défaut d'action curative des possibilités d'action préventive. Ce qui ne serait pas rien !

Dans d'autres cas, cependant, cette évolution vers la démence sénile se fait de façon progressive, inéluctable, et dans ce cas, il semble que la primauté revienne à la lésion organique, sans intervention extérieure, lésion sur laquelle malheureusement nous ne pouvons agir dans l'état actuel des choses.

Et BALVET de conclure :

"Comme dans la plupart des autres domaines de la psychiatrie, le malade ne doit pas être considéré, ni théoriquement, ni pratiquement comme une réalité isolable. Théoriquement et pratiquement le malade et son milieu constituent un ensemble distordu et c'est cet ensemble qui doit être traité (je pense disant cela aux thérapeutiques familiales appelées à devenir de plus en plus le souci des milieux psychiatriques). Ainsi pour que la démence n'apparaisse pas, le vieillard doit être maintenu ou remis dans des conditions matérielles et affectives, ou il n'ait pas à lutter au-dessus de ses forces, ou le mouvement de la vie et ses à-coups lui arrivent amortis"

BALVET : A propos de la démence sénile
Gérontologie 71 - Juin 1971 - N° 3 - P. 5

- Santé sociale :

Et effectivement, à cet âge où les possibilités physiques et intellectuelles ont une tendance naturelle à diminuer les difficultés matérielles elles, ont tendance à augmenter et surtout en milieu urbain.

Les revenus décroissent, la"retraite" est souvent bien insuffisante pour couvrir ne serait-ce que les besoins primordiaux de la personne âgée.

S'alimenter devient un véritable problème non seulement, nous l'avons vu pour des raisons somatiques liées à l'âge, mais encore et surtout pour des raisons financières. L'apport protidique en particulier, extrêmement onéreux est en règle générale très mal assuré.

Les conditions de logement qui jusque là paraissaient tout-à-fait satisfaisantes deviennent progressivement de plus en plus mauvaises (elles restent identiques, mais ne sont plus adaptées aux besoins du vieillard dont les possibilités physiques diminuent). Elles ont alors le plus souvent un retentissement important sur la santé de la personne âgée. En effet :

- Les besoins en chauffage sont mal assurés, installation vetustes souvent, seaux de charbon à aller chercher plusieurs fois à la cave, étages à monter. Cette insuffisance est à l'origine d'incidents divers (pathologie pulmonaire infectieuse par exemple) en raison de la fragilité physique de la personne âgée.

- L'habitation devient inadaptée aux possibilités de la personne âgée. La chambre à coucher souvent située à l'étage, apparaît de plus en plus lointaine, de plus en plus difficile à atteindre. L'ascension pénible peut être interrompue par une chute accidentelle, favorisée par la raideur articulaire la motilité réduite, l'invalidité.

Cette chute a souvent pour conséquence, malgré sa faible importance, une fracture (fracture du col du fémur en particulier par suite de la fragilité osseuse. Certaines choses familières (tapis par exemple) qui jusque là étaient des objets accueillants deviennent soudain des obstacles menaçants. Par ailleurs à la suite de cet accident, le vieillard isolé peut rester de longues heures immobilisé, ne pouvant appeler un voisin problèmatique.

A ces carences, à cette hostilité de l'atmosphère qui l'entoure vient s'ajouter l'ennui pour ces personnes souvent seules. Les enfants ont quitté le domicile familial depuis longtemps, ils ont leurs propres enfants, leurs occupations, et demeurent parfois très loin. Les voisins continuent à vaquer à leur vie active ne soupçonnant souvent pas la détresse toute proche. Les amis du même âge ont parfois déjà disparus, ou bien eux aussi ont des problèmes de déplacement et restent enfermés chez eux.

S'il s'agit d'un couple, les conflits latents, masqués jusque là par le travail du mari, absent une grande partie de la maison, atténués par suite de l'existence des enfants, apparaissent. Les deux associés de toujours, se retrouvent soudain l'un enface de l'autre et se rendent compte de leurs dissensions. Le choc peut être très brutal.

Les distractions sont rares et coûtent cher. Les plus favorisés possèdent un poste de télévision, seul lien avec le milieu extérieur, et essayent tant bien que mal de tuer ces heures qui paraissent si longues.

Il se produit en effet une rupture brutale, au moment de la cessation de la vie dite active. Non préparée, non pensée, non envisagée, la retraite tant attendue se transforme en véritable cauchemar. La journée jusque là organisée, planifiée, d'une façon automatique devient brutalement vide.

Plus aucune obligation, la cage s'ouvre, disparaît, mais c'est un oiseau aux ailes atrophiées qui en sort et qui bien souvent n'est plus capable de voler ! ...

Et puis si pour le vieillard, il y a impression d'arrêt de repos, tout autour continue à bouger et de plus en plus vite. La société moderne, bourdonnante d'activités, se soucie assez peu de ces "marginaux". Déjà traumatisante pour des sujets solides, elle le sera encore plus pour ces personnes fragiles que sont les gens âgés.

Ainsi donc, la personne âgée se caractérise avant tout par sa très grande fragilité. Nous allons maintenant rapporter quelques observations, recueillies en médecine de ville, au sein d'un cabinet de groupe de trois médecins (dans un arrondissement parisien).

A partir de ces exemples, nous essayerons de dégager les différentes possibilités existantes ou à envisager, qui s'offrent à nous, médecins généralistes : d'une part, pour rétablir le plus rapidement possible l'équilibre délicat qui constitue l'état de santé de la personne âgée, lorsque celui-ci vient à être perturbé d'une façon aigue. D'autre part et surtout, pour voir de quelle manière on peut tenter de prévenir la survenue de tels accidents en assurant aux personnes âgées les meilleurs conditions de vie possibles.

OBSERVATIONS

-:-:-:-:-:-:-:-

- Observation n° I : Mr et Mme K.

Pour ces deux personnes âgées, la retraite n'a pas été une rupture. Ils la vivent dans leur environnement de toujours, un petit pavillon de banlieue, possédant un jardin. Ils ont toujours vécus à cet endroit. Ils sont entourés de voisins qu'ils connaissent bien. Tous deux ont dépassé le cap des 70 ans. Mr K. s'occupe de son jardin, possède un atelier de bricolage, fait régulièrement de la bicyclette, il n'hésite pas parfois à monter sur le toit de la maison pour changer des tuiles abimées. Mme K. veille au bon fonctionnement du ménage, fait ses courses elle-même, assure l'entretien de la maison. Tous deux sont valides, totalement indépendants par rapport au milieu extérieur, ils ont des amis et ne s'ennuient nullement. Ils représentent en fait, au départ, le meilleur exemple possible d'une retraite réussie.

Mme K. cependant a une cataracte et comme celle-ci augmente progressivement elle fait appel à un des médecins du groupe. Un bilan biologique est pratiqué qui révèle l'existence d'un diabète léger. Un régime est conseillé (très irrégulièrement suivi...) des hypoglycémiants oraux sont prescrits. Le médecin est appelé par la suite à revoir cette dame pour une gangrène du gros orteil. Le traitement est alors modifié, on passe cette dame à l'insuline, une antibiothérapie est prescrite. Au bout d'un mois environ, le fragment nécrosé est bien individualisé. On décide alors de confier Mme K. au chirurgien.

Mme K. est hospitalisée, l'intervention se déroule sans problème, mais il n'en va pas de même ensuite. La cicatrisation s'effectue mal. Mme K. si alerte jusque là, par suite de la douleur, refuse de marcher, très rapidement elle devient grabataire.

Sa cataracte, qui dans son milieu familier la gênait modestement devient un handicap important. L'état de sa vision reste identique à ce qu'il était avant son hospitalisation, mais Mme K. curieusement voit de moins en moins bien, elle se sert de ce nouveau pretexte pour réduire encore ses déplacements. Par ailleurs, elle commence à s'alimenter de moins en moins. Au cours du bilan systématique d'entrée, on a découvert une anémie importante (anémie hypochrome, hyposidérémique, micérocytaire) un bilan étiologique est alors entrepris. L'exploration radiologique du tube digestif demandée. On lui pratique une radio de l'estomac. Dans l'après-midi qui suit l'examen, la malade commence à vomir, elle est vue en garde et l'on demande pour le lendemain matin un bilan biologique. En fait, il semble que ces vomissements sont surtout en rapport avec l'absorption de la bouillie barytée. Un peu de Primpéran, prescrit le lendemain arrête les vomissements. Malgré cela, la malade toujour grabataire du fait de la cicatrisation qui s'effectue mal (la douleur au niveau du pied, accentue les difficultés qu'a cette dame à sortir de son lit).

Devant l'altération importante de l'état général (sans commune mesure avec l'affection qui a motivé l'hospitalisation) le médecin traitant, qui vient voir fréquemment la malade, en accord avec le mari de cette dernière, décide de la faire rentrer chez elle.

Une infirmière vient chaque jour à domicile refaire le pansement, le mari bricoleur, avec un vieux morceau de pneu, confectionne à sa femme une semelle de fortune qui évite l'appui au niveau de la zone douloureuse et permet le lever, qui n'avait pas été possible à l'hôpital en raison de l'importance de la douleur. Le kinésithérapeute qui passe la voir régulièrement, l'aide alors à retrouver une certaine validité. A l'intérieur de son foyer, Mme K. "retrouve la vue", sa cataracte redevient supportable. En fait, elle a une notion et une sensation bien précise de son cadre habituel, des objets usuels qui l'entoure

ce qui lui permet de se reconnaître et de se mouvoir sans crainte ce qui n'était pas le cas à l'hôpital. Il apparaît nécessaire d'intervenir d'une façon "autoritaire" sur son cadre de vie. On conseille alors de descendre le lit (qui était au premier étage) et on aménage la chambre à coucher au rez-de-chaussée.

Par ailleurs, quelque temps après cet incident, Mr K. alors qu'il changeait les pneus de sa vieille voiture, ressent une douleur importante dans la poitrine, sensation constrictive, évocatrice d'angor. Un électrocardiogramme est pratiqué et on constate l'existence d'un trouble de la conduction (maladie de l'oreillette). Il existe une arythmie avec bradycardie Mr. K prend régulièrement 3 comprimés d'Isuprel chaque jour. On lui conseille alors de se ménager beaucoup plus qu'auparavant.

Là encore comme pour sa femme, on s'efforee d'adapter le cadre aux possibilités restreintes.

La maison chauffée jusque là par un poêle à charbon (qui nécessitait des voyages répétés à la cave) est équipée au chauffage central. Pour ce couple habitué à une certaine indépendance, il faut trouver de nouveaux pôles d'intérêt. L'activité du mari, autrefois orientée essentiellement vers des travaux extérieurs, doit être ramenée à l'intérieur de la maison. On conseille l'achat d'un poste de télévision. Autour de celui-ci, le mari et la femme se retrouvent en compagnie de quelques amis (que la réduction de l'activité physique ne permet plus d'aller voir).

Ainsi donc, d'une façon "autoritaire", c'est-à-dire conseillée par une personne extérieure, on restructure le cadre de vie, on modifie <u>progressivement</u>, sans bouleversement, adaptant une chose vitale à la fois. L'un et l'autre des deux conjoints par ailleurs devient un peu le médecin de l'autre.

Cette attitude a plusieurs conséquences pratiques importantes :

A l'intérieur de ce foyer, où les possibilités au début étaient très grandes, on est amené à réduire graduellement les activités des deux conjoints :

Plutôt que de réduire sans modifier, on s'efforce de "substituer" : si un élément de l'activité est enlevé on essaye de le remplacer par un autre, de telle sorte, que, malgré l'existence réelle d'une diminution, il y a en fait une progression. Ce couple ne régresse pas, car il fonctionne toujours au maximum de ses possibilités. Il y a un équilibre avec le milieu extérieur et à l'intérieur même du foyer, le mari et la femme "s'appuyant" alternativement l'un sur l'autre.

Par ailleurs, du point de vue médical, on a été amené à surveiller très régulièrement ce couple. A l'occasion des visites du médecin traitant, non seulement s'effectue l'examen habituel, accompagné de prescriptions médicamenteuses, mais encore la surveillance de l'habitat et son adaptation, les petites modifications nécessaires à un bon équilibre.

Cet encadrement précis, cette surveillance, ont été rendus possibles grâce aux initiatives du médecin traitant. Il a interrompu une hospitalisation, qui avait des conséquences catastrophiques, sans commune mesure avec la gravité de l'affection en cause. Il a ensuite provoqué une fois la malade rentrée chez elle, l'intervention des différents auxiliaires médicaux (infirmière, kinésithérapeute, dentiste), surtout il a utilisé suivant les circonstances les disponibilités réciproques des deux conjoints.

Il a pu agir de la sorte, car il exerçait au sein d'un cabinet de groupe.

Lui et ses collégues ont pu avoir une connaissance plus précise du quartier et de l'environnement, grâce à des échanges fréquents entre eux (du fait de l'interpénétration des clientèles).

Par ailleurs, au sein de ce cabinet médical, la secrétaire du groupe, a été un élément de contact avec ces deux personnes âgées. Présence permanente, souvent rassurante, permettant de petits dépannages immédiats, recueillant certaines confidences.

En cas d'indisponibilité du médecin habituel, l'un ou l'autre des médecins du groupe, ayant une connaissance, soit directe par voie orale, soit indirecte du fait de l'existence d'un fichier constamment tenu à jour, pouvait intervenir.

C'est grâce à sa plus grande disponibilité qu'il a été possible au médecin, d'une part de passer voir régulièrement la malade à l'hôpital et la faire rentrer chez elle, quand il a estimé que c'était indispensable, d'autre part de s'attarder à étudier avec attention les conditions de vie de ce couple, ce qui lui a permis de les adapter à leurs potentialités.

- Observation n° 2 :

Mme C., 8I ans, habite depuis toujours à Aurillac, dans une petite maison et se débrouille parfaitement bien toute seule. A la suite d'un infarctus du myocarde, elle est hospitalisé à Paris (car ses enfants y habitent). Elle reste trois mois dans un grand service parisien et part ensuite pendant trois mois dans une maison de repos. Cette rupture de six mois modifie complètement ses habitudes de vie. Elle perd son autonomie et à son retour il est nécessaire de réorganiser sa vie. Elle est vue chez ses enfants, par un des médecins du groupe, et très rapidement ce dernier se rend compte, que malgré les médicaments, malgré les soins dont elle est entourée, il manque à cette brave dame une chose : sa petite maison d'Aurillac.

L'on décide, alors d'adopter la conduite suivante : l'hiver Mme C. sera à Paris auprès de ses enfants, et tout sera mis en oeuvre au cours de cette période pour la préparer à aller passer l'été dans son Auvergne natale. Progressivement, avec l'aide de la famille, la vie de cette dame se réorganise, centrée chaque année sur son retour à la campagne. Elle est suivie régulièrement au cours de l'hiver par le médecin traitant, qui renouvelle son traitement (Aldactazine - Digitaline - Trinitrine retard et Peritrate). A chaque entretien, il l'a prépare psychologiquement à ce départ, qu'elle attend chaque année avec impatience. Par ailleurs, un contact est établi avec le médecin provincial, ce qui assure la continuité des soins. C'est grâce à cette possibilité de retourner chez elle, dans son cadre de toujours, qu'elle supporte son exil parisien. Ici encore, le médecin, avec l'aide de la famille proche cette fois-ci, a pu établir un nouveau "modus vivendi".

- Observation n° 3 :

Mme L. a 70 ans, une fille dentiste. A la suite d'un épisode confusionnel, elle est hospitalisée dans un service neurologique parisien. Elle a des troubles hallucinatoires, est agitée, assez désorientée, Elle est mise sous tranquillisants et neuroleptiques. Malgré son âge, devant la brutalité d'apparition du tableau et sa survenue chez une personne jusque là parfaitement équilibrée, on évoque, par esprit de système, la possibilité d'une néo-formation cérébrale. Des examens complémentaires sont pratiqués : E. E. G., Gammaencéphalogramme et artériographie. Tous se révèlent peu concluants, laissant planer un doute. La radiographie pulmonaire révèle l'existence d'une grosse tumeur au niveau du poumon droit dans le lobe supérieur. Cette dame n'ayant pas eu de radio pulmonaire dans les années précédentes, il est impossible de comparer avec des clichés antérieurs. Une bronchoscopie est faite, accompagnée d'une biopsie. L'examen anatomo-pathologique révèle l'existence d'une néo-formation (mais les conclusions ne sont pas absolument formelles).

Pendant ce temps, au cours de l'hospitalisation, l'état de la malade s'est fortement aggravé . Elle est devenue grabataire, ne s'alimente plus. Bientôt s'installe un état sub-occlusif. Malgré cela, on envisage alors de tenter l'intervention, logique en présence d'une telle tumeur, c'est-à-dire pneumonectomie. La fille de cette dame, devant l'altération rapide de l'état général, s'oppose à l'intervention, et demande un psychiatre ami, son avis. Celui-ci conseille la sortie de la malade et celle-ci est montrée à l'un des médecins du cabinet de groupe.

On commence par arrêter les neuroleptiques, ne laissant à cette dame que des sédatifs légers. On se préoccupe ensuite du phénomène subocclusif qui dans les derniers jours de l'hospitalisation avait posé des problèmes très inquiétants. On apprend que la malade a été constipée toute sa vie et que son transit ne s'effectuait que grâce à des habitudes bien régulières (lever à heure fixe, tasse de café, puis ensuite elle se rendait au cabinet).

Depuis le début de son hospitalisation, on l'avait mise régulièrement au bassin, avec des résultats peu encourageants le plus souvent. La première prescription , lors de son retour à domicile, consiste à la faire lever le matin, lui faire absorber une tasse de café, et la conduire ensuite sur le siège. Dès le premier jour, le transit se rétablit. A la suite de ce premier acte positif, la vie de la malade se réorganise progressivement. Elle mange, d'abord au lit, ensuite à table. Un kinésithérapeute vient lui réapprendre à marcher, discute avec elle. Le médecin a prescrit des piqûres de Pervincamine, faites chaque jour par une infirmière, qui elle aussi bavarde avec elle. Le médecin lui-même passe la voir régulièrement 2 ou 3 fois par semaine (au début tout au moins) et s'entretient longuement avec elle. Sa fille, travaillant, s'en occupe dans la soirée. Dans la journée, une aide-ménagère assure la liaison.

Et bientôt, cette dame retrouve une certaine validité, parle, fait son lit elle-même, se déplace dans sa chambre. Elle présente bien parfois de petits accès de désorientation, mais le reste du temps elle est extrêmement consciente et lucide. On décide de "fermer les yeux" sur le problème pulmonaire car il est certain que cette dame ne supportera pas une nouvelle hospitalisation et à fortiori une intervention. Depuis 2 ans, maintenant elle n'a pas eu de radio pulmonaire et se porte bien.

Il a fallu ici déployer une grande batterie de moyens (interventions multiples : psychiatre, infirmière, kinésithérapeute, aide-ménagère, famille) et "s'opposer" à l'attitude logique, qui consistait à opérer cette dame, pour pouvoir rétablir la situation antérieure à l'hospitalisation.

- Observation n° 4 :

Mme B. a 80 ans, elle est concierge dans un petit immeuble de trois étages. Obèse, elle vit dans une petite loge, véritable cambuse, où s'entassent les objets les plus divers. Elle monte les étages, fait les escaliers, se rend chez les commerçants voisins. L'un des médecins du groupe est appelé à la voir pour une phlébite importante du membre inférieur. Il conseille alors, vu les conditions d'existence de la vieille dame, et devant la gravité du tableau clinique, l'hospitalisation. La vieille dame refuse bien décidée s'il le faut, à mourir au milieu de son capharnaüm. Lors de cette première visite, une des locataires présente se propose de prévenir la fille de Mme B. On met en route un traitement anticoagulant (Calciparine et relais par Troméxane). Le lendemain, le médecin revient, donne un arrêt de travail à sa fille. Par ailleurs progressivement autour de la maladie de la vieille dame, s'organise tout un "cercle", un réseau d'entraide . Dans ce petit immeuble chacun prend en charge les tâches de la concierge : l'un s'occupe du courrier, l'autre rentre les poubelles, chacun balaie l'escalier de l'étage.

Le médecin, isolé au départ a provoqué la venue de la fille de la malade. Celle-ci a pu s'occuper d'elle pendant la période critique du début. Surtout, il a été à l'origine d'un "courant" communautaire, établi à partir de la maladie de la vieille dame, conseillant, proposant, répartissant les tâches, faisant prendre en charge, pourrait-on dire, par l'immeuble, cette vieille dame et sa phlébite.

A sa fille, le soin d'assurer la toilette, le ménage et la nourriture.

Une infirmière passe chaque jour pour effectuer les injections prescrites.

Les voisins assurent le fonctionnement de la loge, viennent discuter avec la malade.

Le médecin, supervise ces différentes actions. Là encore, le contact établi est favorisé, du fait de l'existence de la secrétaire du groupe, a qui l'on donne des nouvelles, que l'on appelle pour avoir certains renseignements. Et grâce à ce réseau, l'hospitalisation, qui apparaissait inéluctable au départ et aurait eu surement de facheuses conséquences pour la malade, peut être évitée. Progressivement Mme B. se rétablit. Il lui reste malgré tout une certaine impotence et la solidarité continue à jouer (chacun prend son courrier en passant, balaye les escaliers, propose à la concierge de lui faire ses courses etc...)

- Observation n° 5 :

Mme P. a 75 ans, femme d'un amiral, ancienne journaliste elle a toujours été très indépendante et a gardé une grande autonomie en dépit de son âge. L'un des médecins du groupe est appelé à la voir à l'occasion d'un ictère. Les radios révèlent l'existence d'un calcul au niveau de la voie biliaire. Cette dame ne veut pas se faire hospitaliser et refuse toute intervention. Le médecin lui prescrit des antibiotiques, associés à des antispasmodiques pour traiter l'infection des ses voies bilaires. Cette dame vit seule et un nouveau problème se pose car elle ne peut se déplacer et sortir de chez elle pour aller faire ses courses.

A l'occasion d'une discussion avec l'un de ses confrères, le médecin traitant apprend l'existence d'une voisine Mme G. âgée de 62 ans. Mme G. est seule toute la journée, son mari travaille, sa fille vient de se marier, elle est très dépressive et c'est pour ce motif qu'elle a consulté l'un des médecins du groupe. On décide alors de lui proposer de tenir compagnie à sa voisine malade, de lui faire ses courses, de s'occuper de sa cuisine, moyennant une éventuelle rétribution. Très rapidement Mme G. prend en main Mme P. Les échanges se font spontanément, sans problème de rénumération.

Mme G. trouve un dérivatif à sa solitude et à son état dépressif, écoutant les récits pittoresques de sa vieille voisine. Grâce à elle, le maintien à domicile de Mme P. est possible (alors qu'il ne l'était pas pour des raisons essentiellement pratiques). Le médecin traitant, qui assure la surveillance médicale, peut en même temps constater les rapports existant au niveau de ce "couple" et le bénéfice que chacun en tire. Il pourra rapidement espacer ses visites. Au bout de trois semaines d'antibiothérapie, l'état clinique s'est nettement amélioré. Progressivement Mme P. se rétablit et bientôt retrouve l'autonomie qu'elle avait auparavant.

Malheureusement le lien crée entre ces deux dames par la maladie, disparaitra avec elle et Mme G. est retournée depuis à sa solitude et à sa mélancolie.

- Observation n° 6 :

Mme S. a 84 ans, a toujours vécu à Montparnasse dans un petit immeuble. Elle aussi est très autonome, connue de tous, elle a toutes ses habitudes dans son quartier. Lors des opérations de rénovation de celui-ci, la destruction de son logement est envisagée. On la prévient de son expulsion future, et on lui propose en échange un appartement confortable, dans une "tour" du XIIIème arrondissement. Mme S. jusque là n'a jamais eu affaire à un médecin, elle a un caractère gai et se porte parfaitement bien. Matériellement, le changement paraît avantageux : elle quitte un viel immeuble inconfortable pour gagner un appartement moderne où toutes les commodités lui sont offertes. Le déménagement s'effectue trois mois après l'avis d'expulsion. Deux mois environ après son arrivée, elle est hospitalisée en urgence pour une hémoptysie et un meloela. Les examens pratiqués révèlent l'existence d'un ulcère du bulbe. Le chirurgien propose alors l'intervention. Cette dame la refuse. C'est alors qu'un des médecins du groupe fait sa connaissance à l'hôpital. Il lui est relativement facile de reconstituer l'histoire de cette dame.

Pour elle, le changement de mode de vie a été déterminant. Elle s'est retrouvée dans un nouveau quartier, ne connaissant personne, ni les voisins ni les commerçants, quartier en pleine rénovation, habitant une de ces tours immenses et inhumaines. Elle s'est sentie perdu, isolé, et il est probable qu'à l'origine de cette poussée ulcéreuse, on peut retrouver un facteur psychique important (stress).

Toujours est-il que son refus de l'intervention est le premier acte véritablement "positif" qu'elle peut accomplir depuis son changement de vie. A partir de ce premier pas, on va alors essayer de réorganiser son existence. Elle sort de l'hôpital et est mise alors en hospitalisation à domicile. Une infirmière vient la voir chaque jour (injections d'Oxyferriscorbone). Une aide-ménagère s'occupe régulièrement d'elle.

Le médecin la voit fréquemment au départ. Et bientôt elle est enétat de sortir et d'aller se promener. Au cours d'une de ses courtes promenades, elle est prise d'un malaise. Une passante la relève, la ramène chez elle, téléphone au médecin traitant. Elle est aide-soignante dans un hôpital voisin et habite le même immeuble que la vieille dame. Elle propose spontanément de s'en occuper, d'aller la voir régulièrement, faisant ainsi la transition avec l'hospitalisation à domicile précédente.

L'état de Mme S. s'améliore progressivement. Elle peut bientôt se rendre au cabinet médical pour ses visites régulières. Elle prend son rendez-vous, arrive en général à l'avance, pour pouvoir bavarder avec la secrétaire du groupe. Elle est examinée par le médecin. En sortant elle reprend rendez-vous, ce qui permet un nouvel échange avec la secrétaire.

A partir de ces échanges d'une part avec le cabinet médical (médecin et secrétaire), d'autre part avec l'aide-soignante rencontrée par hasard on va chercher à rompre la solitude de cette dame. Justement, dans le même immeuble, il y a Mme B. qui a sensiblement le même âge et vivait jusque là avec sa fille. Elle est vue de temps à autre par un autre des médecins du groupe. Peu de problèmes jusque là mais sa fille vient de se marier. Mme B. brusquement se retrouve seule elle aussi désemparée. Les deux vieilles dames sont alors présentées l'une à l'autre, un échange se produit et à partir de cette relation s'établit progressivement une intégration dans la vie du quartier.

Malheureusement, une nouvelle expulsion doit avoir lieu à plus longue échéance. On va alors essayer de préparer, le mieux possible, ces deux dames, à cette nouvelle agression.

Elles sont adressées au "centre de jour" du XIIIème arrondissement. Elles vont y passer régulièrement trois après-midi par semaine, y trouvant des occupations, nouant de nouvelles relations avec des personnes du même âge.

Elles son suivies par la psychologue du centre. Progressivement, on va préparer ces deux dames à la nouvelle solution envisagée pour elles, c'est-à-dire, leur entrée dans un foyer logement, ce qui doit avoir lieu prochainement.

Tout au long de ces observations, on a pu se rendre compte que c'est fréquemment, à l'occasion d'un accident aigu que le médecin est appelé et prend contact pour la première fois avec une personne âgée. Bien souvent, par manque de temps, de disponibilité, il est tenté lorsqu'un problème se pose, d'envoyer la malade à l'hôpital (alors que l'affection pourrait être éventuellement traitée à domicile). Le relais de la prise en charge individuelle par le médecin est assuré par une structure collective, fonctionnant apparemment d'une façon satisfaisante. Cela semble logique à première vue. Cela l'a longtemps paru, jusqu'au moment où l'on s'est rendu compte du rôle néfaste de l'hospitalisation traditionnelle pour une personne âgée, du fait de la modification brutale qu'elle impose. Ces conséquences, nous les avons vues, c'est la rupture rapide, dramatique, d'un équilibre jusque là apparemment satisfaisant. Il ne faut donc recourir à l'hospitalisation que dans des cas où le maintien à domicile apparaît vraiment impossible, après avoir murement pesé les éventuelles conséquences de cette hospitalisation. Après avoir recherché au maximum d'autres solutions.

Si l'on ne peut l'éviter, il est indispensable d'adapter les conditions de l'hospitalisation aux besoins spécifiques de la personne âgée.

Il existe actuellement à l'hôpital d'Ivry une unité gériatrique aigue(U. G. A.).

Le souci primordial y est de favoriser au maximum et le plus rapidement possible le retour à domicile des personnes âgées.

Pour y parvenir,:

On s'efforce d'effectuer dans les plus brefs délais, les différents examens complémentaires, indispensables, pour poser le diagnostic (combien de personnes âgées hospitalisées dans un service de médecine générale, ont-elles vues leur état de santé s'aggraver du fait de la durée de leur séjour à l'hôpital).

Surtout, on veille à maintenir la personne âgée dans de très bonnes conditions : mobilisation fréquente par infirmières et kinésithérapeutes, soins de nursing, distractions etc.

Sur le plan psychologique, on s'efforce de minimiser les effets de cette "transplantation". Il serait souhaitable, que soit réservée dans ces services spécialisés une chambre "d'accueil" permettant l'hébergement provisoire d'un membre de la famille par exemple, ce qui aurait pour effet de rendre le dépaysement du vieillard moins important.

Et dès que cela est possible, on rend le vieillard à sa vie antérieure, en utilisant si besoin est une autre structure spécialisée : l'hôpital de jour.

Un petit car, vient chercher les malades chez eux le matin et les y reconduit le soir.

Au cours de la journée on peut :

- soit faire pratiquer des examens complémentaires complexes.

- soit assurer un traitement compliqué

appareillage important.

Cette solution représente un progrès considérable. Elle a cependant l'inconvénient de créer une certaine dépendance de la part du vieillard, rendant parfois difficile le retour à une vie autonome. Pour essayer d'éviter que la personne âgée renonce à se prendre en charge elle-même, pour lui réapprendre progressivement à acquérir son indépendance, on peut être alors amené à l'envoyer dans un centre de jour (tel qu'il existe par exemple dans le XIIIème arrondissement).

Dans le cas présent, ce centre aura une action de post-cure, à la sortie de l'hôpital pour permettre une réinsertion sociale.

A l'intérieur de ce centre, interviennent : médecins, psychologues (responsables et consultants) infirmières, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, diététiciennes, animateurs, stagiaires de diverses formations.

"Lors de l'admission, on procède à l'évaluation la plus complète et globale possible de la personne âgée.

- évaluation physique
- évaluation psychologique des possibilités d'adaptation et de mobilisation, de la détérioration mentale éventuelle, des aptitudes.

Cette évaluation donne lieu à une proposition de traitement effectué après une synthèse avec l'équipe de travail, un programme thérapeutique envisagé dans une perspective de dynamisation et d'autonomisation progressive de la personne âgée, afin de susciter une réorganisation et une restructuration de la vie quotidienne de chacun à son domicile. Le principe du traitement proposé va donc dans le sens d'une réinsertion sociale

et d'un rétablissement des relations personnelles. C'est pourquoi ce traitement est envisagé à partir de la vie de groupe que constitue celle du centre. Petits groupes, grands groupes, suivant les cas, mais aussi traitements individuels, dans la mesure où ils ne sont pas isolés mais représentent un moment nécessaire de la vie collective (ce n'est pas un traitemen collectif, mais une approche individualisée par une équipe pluri-disciplinaire)" M. DRUENNE

Du point de vue purement médical, l'infirmière établit un dossier, notant les différents antécédents, les maladies en cours. Elle prend contact avec le médecin traitant ou les différents organismes soignants. Elle s'assure de la cohérence et de la poursuite d'un traitement, mais ne donne aucun soin par elle-même. Les personnes âgées se font soigner en dehors de ce centre, pour réduire ladépendance totale que pourraient avoir certains vieillards, ce qui aggraverait les troubles psychologiques. Ces troubles psychologiques qu'il est très important de prévenir car ils sont, nous l'avons vu, à l'origine de la chronicisation des malades :

- soit directement : ce sont les affections psycho-somatiques.
- soit indirectement du fait de la restriction des activités et des possibilités de la personne âgée.

Pour cela il faut :

"Diminuer les phénomènes d'anxiété entrainant une dépersonnalisation, la perte de points de repère stables, le manque de confiance. Les techniques employées sont celles de l'entretien, des groupes thérapeutiques et de la sociothérapie

Une nouvelle structuration de la personnalité, activités d'animation, orientation vers une réadaptation physique et psycho-sociale, ainsi qu'un entretien des facultés mentales.

Les aspects de cette animation, ergothérapie sont particulièrement centrés sur l'autonomie, la créativité personnelle, liés à une attitude active. Ainsi, une activité n'est-elle pas imposée mais suscitée, afin que la personne la prenne à son compte, la pratique avec initiative et la maitrise peu à peu. Cette approche n'est pas sans lien avec celle des pédagogues, de la pédagogie active. Elle donne à la personne la possibilité de trouver prise sur son environnement, de ne pas le subir passivement en maintenant une attitude de retrait.

Une rééducation de la personne totale, par la mobilisation corporelle (gymnastique dansée) et la kinésithérapie, la relaxation, l'hydrothérapie, les soins ayant une incidence esthétique (techniques d'épilation, grains de beauté, taches sur le visage) la pédicurie, le réapprentissage des gestes de la vie quotidienne (faire la cuisine, se servir d'un réfrigérateur, utiliser une machine à laver)".

Dans ces centres de jour, les personnes âgées viennent d'elle-même (attitude active) pour retourner chez elle le soir (en moyenne de IO H à I7 H, 5 jours par semaine).

M. DRUENNE : le centre de jour : fonctionnement
Revue Française des Affaires Sociales n° 3
Juillet - Septembre I972.

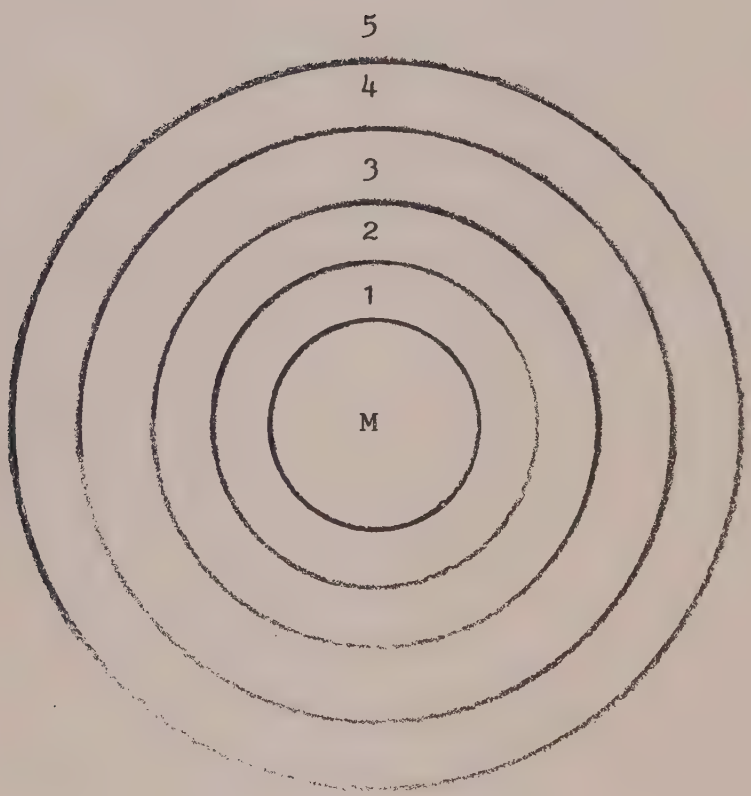
Lorsque le retour à domicile apparaît vraiment impossible, on a alors la possibilité de diriger ces personnes âgées vers un foyer-logement. La personne qui y entre peut apporter ses meubles personnels, a un petit logement particulier (possibilité d'y faire rentrer un couple) peut prendre ses repas dans son logement ou dans une salle commune. La transition peut être assurée par un séjour en centre de jour.

Il est cependant préférable d'essayer à tout prix, de maintenir la personne âgée dans ses conditions de vie habituelles, d'empêcher le départ, la modification brutale de l'environnement. Mais cela n'est pas tout, il faut encore savoir ne pas se contenter de parer au problème immédiat, à savoir la maladie actuelle. Il est fondamental de préparer le devenir de cette personne âgée, actuellement malade, de rechercher les causes éventuelles qui ont pu être à l'origine de l'accident, de prévenir leur réapparition.

Le petit schéma suivant nous permettra de comprendre quelles sont les différentes possibilités qui s'offrent au médecin traitant pour maintenir la personne âgée chez elle et éviter l'hospitalisation.

IFFERENTS MOYENS PERMETTANT DE MAINTENIR LA PERSONNE AGEE A DOMICILE

(CURATIFS ET PREVENTIFS)



M - Malade
1 - Famille au foyer du malade
2 - Famille ne vivant pas au foyer du malade
3 - Voisins proches, amis
4 - Voisins lointains, commerçants, concierge etc...
5 - Organismes officiels (aide-ménagères, infirmières, kinésithérapeutes etc...)

Le malade représente le centre de ces "cercles", de diamètre progressivement croissant. Le médecin en présence d'une personne âgée, pour qui risque de s'imposer une hospitalisation va tenter, à l'aide de ces "cercles" de s'opposer à celle-ci.

Le premier cercle : représente les personnes vivant au foyer du malade. Il peut s'agir du conjoint, mari ou femme, des enfants (à qui l'on peut prescrire un arrêt de travail afin qu'ils puissent aider à passer la période critique), un frère, une soeur etc...

Le deuxième cercle : représente des parents plus éloignés. Dans ce cas, la personne âgée vit seule et l'on va tenter de faire venir à son domicile, soit un des enfants, soit un autre membre de la famille.

Le troisième cercle : représente les voisins proches à qui l'on peut demander provisoirement de s'occuper des besoins matériels de la personne âgée, motif entrainant des visites fréquentes, rompant la solitude du malade.

Dans ces trois premiers cas, l'utilisation est relativement facile, la recherche simple, ne nécessitant pas d'investigations approfondies, car les rapports existants entre la personne malade et les différents "cercles" sont connus et évidents. Il n'en est pas de même ensuite.

Le quatrième cercle : représente des personnes n'ayant aucun lien avec le sujet en cause. Il suffit de les rechercher, de les motiver, c'est ce qui s'est produit, nous l'avons vu dans quelques uns des exemples cités : personnes habitant le même immeuble ou un immeuble voisin : concierge, commerçants du quartier etc...

Le cinquième cercle enfin : représente les organismes officiels : aide-ménagères, infirmières, kinésithérapeutes, assistantes sociales, services d'hospitalisation à domicile,

A l'aide de ces différents éléments, en les faisant intervenir successivement, le médecin expliquant patiemment, nouant certains contacts, dynamisant les rapports va être amené à déléguer une partie de son "pouvoir". Cette délégation, cette répartition des tâches sont indispensables et suffisantes, dans la majorité des cas pour éviter l'hospitalisation. Nous avons vu dans les observations rapportées plus haut que souvent, à partir de la maladie d'une personne âgée peut s'organiser un réseau spontané, à l'intérieur duquel se produisent des échanges enrichissant pour tous.

Le médecin a donc un rôle fondamental à jouer :

- du fait que lui seul souvent est le point de départ de ces initiatives.

- et aussi parce que, par la suite, il aura à assurer un rôle discret de coordinateur de ces différentes actions.

Une fois l'accès aigu passé, il est souhaitable que les échanges ainsi créés persistent, favorisant l'établissement autour de la personne âgée, d'un milieu sécurisant permettant d'amortir les à-coups pouvant toujours se produire par la suite. Le médecin se doit d'essayer de maintenir cette atmosphère.

Il est aussi indispensable, nous l'avons vu, que le cadre de vie soit adapté aux possibilités réduites de la personne âgée.

Le logement doit être repensé :

- modifications du système de chauffage qui est souvent insuffisant qui nécessite des efforts considérables. Cette insuffisance de chauffage, peut être dramatique pour la personne âgée. Il faut donc, par tous les moyens possibles, d'une part penser à ce problème, d'autre part essayer de le résoudre.

Il faut réduire et diminuer le nombre de déplacements demandés à la personne âgée à l'intérieur de son logement :

- faire "descendre" la chambre à coucher souvent située à l'étage ;

- conseiller l'achat "d'esclaves mécaniques", apprendre à la personne âgée à s'en servir (cuisinière électrique ou à gaz, frigidaire, machine à laver etc...) ;

- il faut aussi s'efforcer que le logement ne devienne pas un endroit semé d'embuches (tapis favorisant la chute par exemple) proposer l'installation de systèmes de sécurité : rampes d'appui, sonnettes d'alarme au sol permettant d'avertir un voisin en cas de chute, systèmes d'ouverture de porte de l'intérieur pouvant être manoeuvrés par une personne à terre.

Lorsque la personne âgée doit quitter son logement, il faut à tout prix chercher à éviter cette "transplantation". Si cela est impossible il faut la préparer, et suivre de façon très attentive les premiers stades de la réinstallation. Il n'est pas souhaitable que les personnes âgées soient dans ce cas regroupées ensemble il vaut mieux qu'elles viennent s'intégrer dans un ensemble comportant des personnes plus jeunes.

Le problème financier ne doit pas être évidemment négligé (puisque nous l'avons vu il peut être à l'origine de troubles nutritionnels par exemple) :

- nécessité d'un relèvement de l'allocation minimum vieillesse

- informations des personnes âgées sur leurs droits, simplification des démarches à accomplir, des imprimés à remplir, des renseignements à fournir.

Du point de vue nutritionnel il y a tout un effort d'éducation à faire. Corriger les carences (bien souvent en relation directe avec des problèmes financiers ou dûes à une

diminution de la validité, dans ce cas il faut susciter, des "réseaux" d'entraide).

Il faut aussi faire corriger tout ce qui peut entraver la vie relationnelle de la personne âgée :

- correction de la vue
- soins dentaires
- appareillage acoustique.

Il faut repenser le problème de l'occupation, les loisirs, suggérer de nouveaux axes de créativité (confèrt les techniques décrites à propos des centres de jour, qui pourront avoir une très grande utilité au point de départ). Employer des structures collectives en voie de création (exemple de l'Université du troisième âge de Toulouse).

Ne pas négliger enfin les petits soins esthétiques (faire appel au pédicure, à une esthéticienne, provoquer un regain d'intérêt pour les problèmes vestimentaires.)

Ne pas mésestimer l'importance des problèmes affectifs et sexuels du troisième âge.

Savoir utiliser à certains moments des structures favorisant les contacts des personnes âgées :

- foyer restaurant par exemple offrant des repas équilibrés, permettant aux personnes âgées d'établir des relation pouvant être le point de départ d'un service de repas à domicile.

- clubs de personnes âgées offrant les possibilités de rencontres, d'animation culturelle, de distractions et pouvant être à l'origine d'une action de dépannage à domicile en cas d'invalidité temporaire d'un des membres du club (solution venant s'intégrer dans le cadre des "cercles" précédemment décrits).

Cette liste n'est pas exhaustive et l'on pourra certes créer au fur et à mesure de nouveaux organismes, de nouvelles structures. C'est important, cela peut être utilisé et indispensable à certains moments mais :

"Il n'y a en réalité pas de problèmes spécifiques des personnes âgées, mais seulement des problèmes de relation humaine, posés par la vie en milieu urbain : solitude, insécurité,

chercher des solutions purement gériatriques à ce type de problèmes est à mon avis une erreur, à ma connaissance aucun organisme officiel n'a jamais été capable de subvenir aux besoins de la vie quotidienne des individus qu'il prenait en charge.

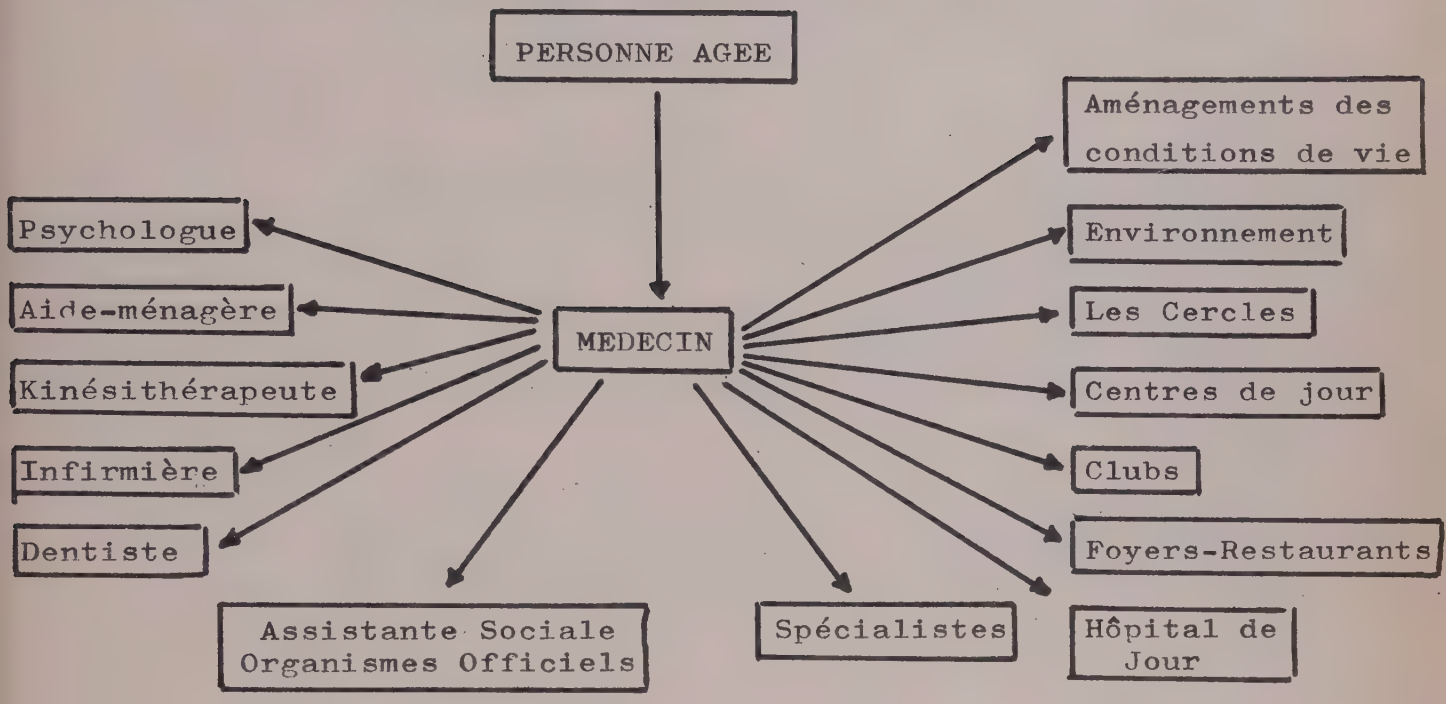
Je n'ai pas dit que ces organismes étaient inutiles ou inefficaces : ils apportent une aide certaine aux personnes qui les sollicitent et ce n'est pas négligeable. Mais ils se contentent de donner. Or, ce qui est important pour un être, personne âgée ou pas, ce n'est pas tellement de recevoir, c'est surtout d'échanger. Sinon il a l'impression d'inutilité, d'être à la charge des autres : il sera encore plus seul.

J'ajouterai pour terminer que toutes les solutions existantes ou encore à découvrir, à cette sorte de problème ne devraient pas être exclusivement réservés aux personnes âgées mais également aux personnes arrivant à l'âge de la retraite et vivant seules". P. GUILLET

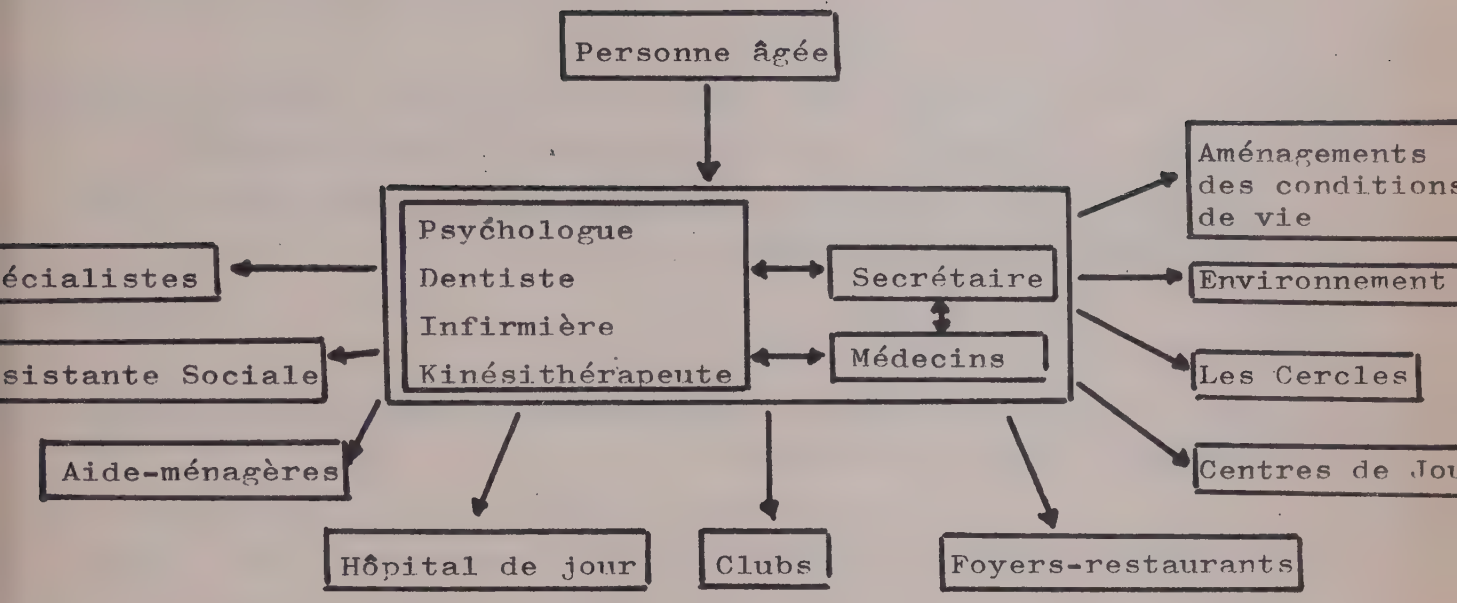
P. GUILLET : VIème Journée de Gériatrie de l'Hôpital d'Ivry.
6 et 7 octobre 1972 - Rapports -

INTERET DE LA MEDECINE DE GROUPE POUR LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES

On peut résumer par le schéma suivant les différentes possibilités existantes, permettant le maintien à domicile des personnes âgées : le rapport premier s'établissant en général entre la personne âgée et le médecin.


PERSONNE AGEE
MEDECIN
Psychologue
Aide-ménagère
Kinésithérapeute
Infirmière
Dentiste
Assistante Sociale
Organismes Officiels
Spécialistes
Aménagements des conditions de vie
Environnement
Les Cercles
Centres de jour
Clubs
Foyers-Restaurants
Hôpital de Jour

On constate la diversité et le très grand nombre de solutions offertes, l'impossibilité pratique pour le médecin d'assurer à lui seul ces contacts, de veiller à leur maintien. On peut alors envisager un schéma différent.


Personne âgée
Psychologue
Dentiste
Infirmière
Kinésithérapeute
Secrétaire
Médecins
écialistes
sistante Sociale
Aide-ménagères
Aménagements des conditions de vie
Environnement
Les Cercles
Centres de Jou
Hôpital de jour
Clubs
Foyers-restaurants

Dans ce cas, le médecin isolé est remplacé par un GROUPE. Cette structure peut comprendre des praticiens, un secrétariat permanent, un certain nombre de gens concernés par des problèmes de santé (infirmières, kinésithérapeutes, dentiste psychologues, par exemple sans que cette liste soit limitative).

Ce cadre, semble actuellement celui capable de répondr au mieux au problème spécifique que nous avons présenté, c'est-à-dire le maintien à domicile des personnes âgées avec les nombreux impératifs que cela suppose.

Il permet en effet :

- une permanence de contacts, grâce au secrétariat servant de lieu d'échange :
  - entre malades et médecin, la secrétaire acquérant alors une dimension propre jouant un rôle thérapeutique de par la relation privilégiée qui s'établit entre elle et le malade. Evitant la dépendance trop absolue entre le médecin et "son" malade, favorisant la "démédicalisation" de certains problèmes.
  - entre le malade et les différents organismes, auxquels on peut être amené à les adresser.
  - entre les médecins et ces différents organismes,
  - a l'intérieur du groupe lui-même entre les différents éléments qui le constituent.

- une permanence de soins,
  - du fait de la présence de plusieurs médecins dont l'un peut toujours être disponible, répondant aux situations urgentes. L'existence d'un fichier tenu à jour d'une façon permanente, permettant d'assurer la continuité des soins.

- par ailleurs pour le médecin lui-même il y a :

  - une meilleurs connaissance du malade et surtout de son environnement, cette connaissance élargie résultant :

    des contacts particuliers pouvant s'établir entre la secrétaire et le malade permettant de mieux "situer" ce dernier.

    de l'interpénétration des différentes "clientèles" des médecins du groupe favorisant la connaissance d'une tranche plus large de population et autorisant une analyse plus fine, plus précise, des éléments qui la constituent, des rapports existants ou à créer entre eux.

    cette approche étant encore facilitée par la possibilité de dialogue avec les autres professions de santé existantes à l'intérieur du groupe.

  - le médecin sera aussi plus disponible, il lui sera possible d'effectuer une médecine moins rapide. Il pourra donc passer plus de temps auprès de chaque malade, ce qui lui permettra de mieux évaluer les besoins de chacun. Il pourra ainsi dans bien des cas éviter à la personne âgée les dangers d'une hospitalisation toujours néfaste. Il pourra aussi avoir un rôle préventif primordial en adaptant le milieu aux besoins de la personne âgée.
    Isolé au départ, il pourra susciter un certain nombre d'initiatives, coordonner leurs actions ensuite, s'effacer enfin. Déléguant ainsi une partie de son "pouvoir" médical à l'autre (évitant la dépendance du malade vis-à-vis de lui-même).

- il aura enfin la possibilité de contrôler, de remettre en question, d'améliorer en permanence ses "connaissances", tout ce qui fait sa science, grâce aux échanges répétés au sein du groupe lui-même et aux contacts qu'il pourra avoir à l'extérieur Etant plus disponible, il pourra s'intégrer à l'intérieur d'un hôpital ou d'un centre de jour par exemple, élargissant continuellement ses connaissance

- CONCLUSIONS -

-:-:-:-:-:-:-

Vieillir, ce n'est pas seulement avancer en âge, c'est aussi - et surtout - être de plus en plus dépendant de son environnement. Le milieu dans lequel vit la personne âgée lui est favorable - puisqu'il lui permet d'avoir des activités, donc de survivre -, mais elle en est en même temps l'esclave, dans la mesure où elle serait incapable de s'adapter à un milieu autre que celui-là. On comprend donc pourquoi le soin du médecin généraliste à la personne âgée ne saurait se limiter à sa personne physique, mais doit également s'intéresser à son environnement.

Médecine préventive, Médecine curative. Où est la frontière entre les deux ? Traiter une insuffisance circulatoire, corriger par une thérapeutique médicamenteuse et diététique des troubles tels que crampes dans les mollets, sensation de pieds froids, mauvais état cutané, claudication intermittente, dyspnée d'effort, c'est un acte médical. Déménager la chambre à coucher du 1er étage au rez-de-chaussée, supprimer la corvée du seau à charbon par une modification du système de chauffage, est-ce encore un acte médical ? Est-ce préventif ou curatif ? Médical ou social ? Où commence, où finit, l'acte thérapeutique du médecin généraliste ? Et s'il ne se préoccupe pas des deux aspects du problème, qui le fera ?

Le maintien à domicile des personnes âgées, qui est probablement la solution la plus heureuse aux problèmes du vieillissement, n'est plus possible spontanément dans notre type de société, où le domicile n'est plus aussi bien adapté qu'autrefois à cette fonction : le vieillard ne vit plus au milieu de sa famille, entouré de ses enfants et petits-enfants. On a donc besoin de l'intervention d'un "tiers" pour s'apercevoir de la nécessité éventuelle de modifier l'écologie du vieillard et pour favoriser cette modification.

Ce "tiers" se trouve être, actuellement, le médecin généraliste qui, de tous les "travailleurs sociaux", est celui qui dispose, historiquement et fonctionnellement, du plus grand nombre de possibilités dans ce sens : en effet, il connaît les lieux, les personnes ; il a l'"écoute" et l'autorité nécessaires ; on lui ouvre les portes sans crainte : celle du malade, celle du voisin, celle de la concierge. Quelle autre personne dans la société bénéficie du même crédit ? Et que fait-il de ce pouvoir qui lui est imparti, lui qui se dit surmené, harcelé, dont le temps de visites est réduit, morcelé, et qui a appris à répondre aux demandes de ses malades par une ordonnance de médicaments ? N'y a-t-il pas là une mystification ? N'accorde-t-on pas au médecin généraliste plus de pouvoir qu'il en a en réalité ? Car si la demande de la personne âgée (ou du malade) est importante, la réponse est à la mesure du temps que le médecin peut lui consacrer, c'est-à-dire rapide, incomplète et fractionnée.

Une solution à ces difficultés peut être apportée par l'exercice <u>en groupe</u> de la médecine générale. Il peut s'agir :

- soit d'un groupe simple, cohérent, institué - tel ce cabinet de trois généralistes et leur secrétaire que nous avons présenté dans nos exemples ;
- soit d'un groupe plus vaste, plus riche, plus organisé, véritable "maison médicale" comprenant, en plus des médecins généralistes et de la secrétair l'ensemble des autres professions de santé : assistante sociale, kinésithérapeute, psychologue, spécialistes...

Ce que nous avons dit du "pouvoir" du médecin généraliste définit en fait une <u>fonction</u> dans laquelle coexistent : l'écoute, le "savoir", la familiarité avec la personne âgée, la présence permanente, la connaissance des antécédents médicaux personnels et familiaux, la connaisance du cadre de vie et du degré de dépendance. Il est bien évident que cette fonction

du médecin généraliste, que l'on délègue traditionnellement à une seule personne, sera plus efficace si elle est assurée par un groupe.

Ceci étant admis, on peut se demander si l'on ne va pas trahir la confiance de la personne âgée qui, habituée à faire appel à une personne (son médecin traitant), se retrouve en face de plusieurs individus pour répondre à sa demande. On peut craindre de retomber là dans ce que l'on reproche le plus aux hôpitaux et que l'on cherche justement à éviter : l'anonymat hospitalier, la lourdeur du système sanitaire.

En fait, le piège est apparent, et c'est sans doute la contrepartie de la quantité excessive de fonctions confiées à un seul personnage. Le médecin doit "savoir", être disponible, dispenser ses soins, être le curé, l'officier d'état-civil, le confident, etc... La tradition et le système l'ont investi de tant de "pouvoirs" (avec d'ailleurs son consentement) qu'il en est "gonflé" au point de ne pouvoir les exercer. Aussi adroit soit-il, un homme orchestre n'a jamais pu interpréter une symphonie ; il ne deviendra, au mieux, qu'un personnage de cirque ou de musée.

Notre propos sera donc de chercher à résoudre la contradiction entre la demande faite à une personne et la réponse apportée par plusieurs, sans pour cela trahir ou décevoir le demandeur.

La personne âgée (ou le malade) fait confiance à une personne : son médecin de famille, seul centralisateur des événements médicaux survenus tout au long de sa vie propre et de celle de sa famille. L'important, c'est de respecter ce transfert sur un personnage, et non le personnage lui-même, et c'est en cela qu'on ne trahira pas la confiance du malade ou du vieillard. Or, ce transfert ne pourra se faire que si le groupe est cohérent, c'est-à-dire si chacun de ses membres assure ses fonctions en continuité et en harmonie avec celles des autres, ce qui suppose une bonne circulation de l'information au sein du groupe.

Moyennant quoi, le transfert de confiance sera respecté, l'attachement trop individualisé sera évité, et le service rendu plus satisfaisant. De plus, cette intervention permettra d'éviter une médicalisation excessive des problèmes posés par le maintien à domicile des personnes âgées. En effet, si le médecin généraliste doit les résoudre seul, il aura tendance à garder l'exclusivité de tout ce qui touche à la "santé".

Dans notre société - surtout en milieu urbain -, le maintien des personnes âgées à domicile est devenu un problème, auquel le médecin généraliste isolé peut difficilement faire face. La médecine de groupe est une structure particulièrement bien adaptée à la survie de ce que réprésentait le médecin de famille ou médecin généraliste.

BIBLIOGRAPHIE

-:-:-:-:-:-:-:-

BALVET P.

A propos de la démence sénile
Gérontologie I971 - juin I971 - n° 3 - P. 5

BERTHAUX P.

Le vieillissement normal et pathologique
Rev. Prat. - 11 janvier 1972 - 22 - n° 2 - P. I51

DRUENNE M.

Le centre de jour, fonctionnement
Revue française des Affaires Sociales n° 3
juillet - septembre I972

GUILLET P.

Problème du placement des personnes âgées, vu par les praticiens et les assistantes sociales
VIème Journée de Gériatrie de l'Hôpital d'Ivry
6 et 7 octobre 1972 - Rapports

LAURENT M.

Finir ses jours à la maison
Gazette Médicale de France -
6 avril 1973 - 80 - n° 14 - P. 2391.